

l'intérêt d'une enquête étiologique approfondie. Le principal traitement reste la rééducation+++.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.588

P017-FR

L'épaule de l'hémiplégique : état des lieux

O. Bencherif Hassani

Service de médecine physique et de réadaptation, centre hospitalier de Gonesse, 25, rue Bernard-Février, 95500 Gonesse, France

Mots clés : Douleur ; Épaule ; Hémiplégie ; Prévention

Introduction.— La douleur d'épaule survient chez l'hémiplégique dans 22 à 70 % des cas. Elle peut débuter dès la 2^{ème} semaine avec un pic entre 6 et 8 semaines.

Objectif.— Étudier la survenue des douleurs d'épaule après AVC en service de MPR lors d'une évaluation des pratiques professionnelles.

Patients et méthodes.— Étude clinique rétrospective des patients en internat en 2005 et 2010 après AVC.

Résultats.— 2005 : 22 patients admis à 24,5 jours de l'AVC : 12 hémiplégiques droits (7 aphasiques), et 10 gauches (6 hémiparétiques). Dix patients ont une douleur d'épaule, 6 dès l'entrée avec 2 capsulites. Pendant le séjour, 2 développent un syndrome douloureux régional complexe (SDRC), 3 une capsulite isolée (2 étaient douloureux dès l'entrée), 1 conflit sous-acromial. Sept patients douloureux sont spastiques, 5 très déficitaires, 6 sont hémiplégiques gauche dont 4 hémiparétiques.

2010 : 17 patients admis à 21,4 jours de l'AVC : 4 hémiplégiques droits (2 aphasiques), 13 gauches (4 hémiparétiques). Quatre ont une douleur d'épaule, 3 dès l'entrée dont 2 SDRC. Un SDRC débute à 2 mois de l'AVC avec la spasticité. Les 4 patients douloureux arrivent en MPR à 40 jours de l'AVC. Ils sont hémiplégiques gauche sans récupération motrice, 3 sont hémiparétiques, le 4^{ème} a une démence vasculaire, 1 seul est spastique.

Discussion.— Le travail réalisé depuis 2005 dans le cadre de l'EPP a réduit l'incidence des douleurs d'épaule (2005 : 47 %, 2010 : 23,5 %). Le protocole comporte des mesures préventives d'emblée : installation et formation des équipes.

Les douleurs d'épaule augmentent chez les patients très déficitaires, avec troubles cognitifs, après une longue hospitalisation en réanimation ou en neurologie. La spasticité n'est pas un facteur explicatif pour ces 2 échantillons.

Conclusion.— Les résultats obtenus sont parmi les taux les plus bas. La mise en place du protocole a amélioré les pratiques. Cette démarche doit être poursuivie.

Pour en savoir plus

Bonin-Koang HY, et al. L'épaule de l'hémiplégique. Édition Masson, mars 2009. HAS. Prise en charge hospitalière initiale des personnes ayant fait un accident vasculaire cérébral : admission directe du patient en UNV ou USINV. Juin 2005.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.589

P018-FR

La cérébroprotection précoce accélère la neuroéducation en cas d'hémiplégiques après un AVC

Y. Koleva^{a,*}, R. Yoshinov^b

^a Département de médecine physique, rééducation, ergothérapie et sports, université de médecine avec hôpital universitaire de Pleven, 5800 Pleven, Bulgarie

^b Académie de sciences de la Bulgarie, Sofia, Bulgarie

*Auteur correspondant.

Pas de résumé français communiqué.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.590

P019-FR

Traitement par la toxine botulique de la flexion du membre inférieur de l'hémiplégique

M. Rousseaux^{*}, W. Daveluy, J. Paquereau, O. Kozlowski, F. Beaucamp

Service de rééducation neurologique, CHRU de Lille, hôpital Swynghedauw, 59037 Lille, France

*Auteur correspondant.

Mots clés : Toxine botulique ; Spasticité ; Membre inférieur ; Schéma en flexion

Objectif.— Certains patients hémiplégiques ont une spasticité du membre inférieur dans un schéma en flexion de la hanche et du genou. Cela est source de douleurs, perturbe les fonctions passives et gêne considérablement la verticalisation et les déplacements. La réduction de cette flexion est un objectif important, mais les thérapeutiques classiques n'ont qu'un effet modeste. Nous présentons une série de patients montrant que les injections de toxine botulique peuvent être efficaces sur les fonctions passives et les douleurs.

Patients et méthodes.— Dix patients ont été traités, d'âge moyen 60 ans, après un accident vasculaire cérébral (8 cas) ou un traumatisme crânien (2 cas). Ils étaient tous perturbés dans la vie quotidienne par une flexion de la hanche et du genou et éventuellement une adduction ou rotation de la hanche. Les injections (300–400U Botox[®]) se faisaient systématiquement dans les muscles iliaques et ischio-jambiers et, si nécessaire, sur les adducteurs ou rotateurs de la hanche, le droit antérieur de la cuisse et les fléchisseurs plantaires de la cheville. Les évaluations étaient réalisées avant (J-15, J1) et après (S6-S10 ; S21-S26) traitement.

Résultats.— Le bénéfice sur la spasticité (score d'Ashworth) était modeste et il n'y avait pas de changement du contrôle moteur. Mais le gain était significatif ($p < 0,05$) sur le positionnement en décubitus et lors de la verticalisation et l'amplitude des mouvements passifs en extension de hanche et de genou. Les fonctions actives (transferts, locomotion) n'étaient pas améliorées, sauf dans un cas. Mais les fonctions passives l'étaient, notamment la toilette et l'habillage, les installations au lit, les transferts passifs, les douleurs spontanées et à la mobilisation. La tolérance était bonne, avec des douleurs transitoires lors de l'injection du muscle iliaque. Les patients étaient satisfaits et bénéficiaient tous de réinjections après un délai de 5 mois.

Discussion.— Le schéma spastique en flexion du membre inférieur n'est pas fréquent après lésions encéphaliques, mais il perturbe sévèrement la vie quotidienne. Ce travail suggère qu'après un accident vasculaire cérébral ou un traumatisme crânien, les injections de toxine botulique peuvent améliorer le confort, les fonctions passives et les douleurs, avec une bonne satisfaction.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.591

P020-FR

Intérêt du papier d'aluminium dans l'évaluation de la marche chez l'hémiplégique à propos d'un cas

C. Lombard, J. Renotte, M. Boirel, A. Terret, C. Gourgas, E. Guettard^{*}

CRF Ste Clotilde, 19, bis chemin de la clinique Ste Clotilde, BP60093, 97492 Saint-Denis cedex, Réunion

*Auteur correspondant.

Mots clés : Marche ; Hémiplégie ; Papier d'aluminium ; Griffes d'orteils

Une patiente de 28 ans, présente une hémiplégie gauche séquellaire un infarctus sylvien superficiel sur dissection carotidienne à 4 mois d'évolution. Elle marche habituellement sans aide technique hormis un quadriceps mollet plante de type Dyna Ankle[®]. Elle présente une spasticité du releveur (pendulum test à 30°), du triceps sural, du tibial postérieur et une griffe d'orteils à la marche.

Elle est évaluée à la marche sans aide technique sur papier d'aluminium au sol avec film vidéo de profil sur une distance de 7 m.

La visualisation de la vidéo met en évidence l'asymétrie des temps d'appui, le défaut de contrôle du genou avec appui sur le récurvatum aléatoire. Sur une distance de 7 m, elle fait 9 pas. L'appui au sol est moins facilement analysable.

La trace sur le papier d'aluminium permet de mesurer la longueur du pas à gauche (67, 87 cm \pm 5, 95) et à droite (66,68 cm \pm 4,63) et conclut à l'absence d'inégalité de longueur de pas entre les 2 côtés ($t = 0,426$; $p = 0,68$). L'analyse précise de l'empreinte sur le papier d'aluminium met en évidence la griffe d'orteils et l'appui prépondérant sur la partie antérieure du pied même si le talon est posé à chaque pas.

Après injection de toxine botulique dans le fléchisseur des orteils (100 U Dysport[®]), le tibial postérieur (100 U Dysport[®]), le soléus (300 U Dysport[®]), et les gastrocnémiens (2 \times 200 U Dysport[®]), on objective la disparition de la griffe des orteils sur le papier d'aluminium après évaluation comparable.

Au-delà de l'examen clinique, la vidéo est utile pour évaluer l'efficacité du traitement de la spasticité chez l'hémiplégique. Cependant, sans dispositif avec analyse de pression au sol, l'importance de la griffe d'orteils est difficile à